



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES: CRISTHIAN ARTURO ARGOTE ECHEVERRÍA

CI: 0704798602

RUBEN SANTIAGO BURBANO JUELA

CI: 0104779228

DIRECTOR: DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

CI: 0103260675

CUENCA-ECUADOR

2017

RESUMEN

Objetivo: Determinar la depresión en pacientes perimenopáusicas de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, 2017.

Métodos y Materiales: Estudio cuantitativo descriptivo transversal, realizado en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso (HVCM). La muestra fue de 323 mujeres entre las edades de 35 a 50 años que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM). La información fue recolectada mediante encuesta aplicando cuestionario diseñado para este fin. Se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols). La información se tabuló mediante Microsoft Excel 2010 y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0. Se utilizaron tablas y gráficos de barra y circulares para el análisis de los datos.

Resultados: Se encuestaron 323 mujeres de entre 35 y 50 años de edad, en la variable Depresión en pacientes en perimenopausia, el 60% de la muestra No presentó síntomas de Depresión en el periodo perimenopáusico, pero existen un 23% que manifestó evidencias de síntomas de Depresión Menor, 8% con síntomas de Depresión Moderada, 5% con síntomas de Depresión Severa y 3% con síntomas de Depresión Leve, lo que genera un 40% de mujeres que presentaron algún tipo de Depresión durante el periodo perimenopáusico.

Conclusiones: Se determinó que existe un porcentaje significativo (40%) de mujeres que padecen algún tipo de Depresión (Leve, Menor, Moderada y Severa) y se encuentran en la edad del período perimenopáusico.

PALABRAS CLAVE: DEPRESION, PERIMENOPAUSIA, DERIVACION Y CONSULTA

ABSTRACT

Objective: To determine the depression in outpatient perimenopausal patients of the Regional Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017.

Methods and Materials: Descriptive quantitative study, performed at the Vicente Corral Moscoso Regional Hospital (HVCM). The sample consisted of 323 women between the ages of 35 and 50 who attend Vicente Corral Moscoso Hospital (HVCM). The information was collected through a survey using a questionnaire designed for this purpose. The Hamilton Depression Scale (validated by Ramos-Brieva et al) was applied. The information was tabulated using Microsoft Excel 2010 and SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0. Bar and pie charts and graphs were used for data analysis.

Results: A total of 323 women aged 35-50 years were interviewed in the variable Depression in perimenopausal patients, 60% of the sample had no symptoms of Depression in the perimenopausal period, but 23% had evidence of symptoms of Depression Minor, 8% with symptoms of Moderate Depression, 5% with symptoms of Severe Depression and 3% with symptoms of Light Depression, which generates 40% of women who presented some type of Depression during the perimenopausal period.

Conclusions: It was determined that a significant percentage (40%) of women suffering from some form of depression (mild, minor, moderate and severe) are in the perimenopausal age.

KEY WORDS: DEPRESSION, PERIMENOPAUSE, REFERRAL AND CONSULTATION



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
DEDICATORIA.....	10
AGRADECIMIENTO.....	11
CAPÍTULO I.....	12
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Planteamiento del Problema.....	13
1.3. Justificación.....	17
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Perimenopausia y Depresión.....	19
CAPÍTULO III.....	28
3.1 HIPOTESIS.....	28
3.2 OBJETIVOS.....	28
3.2.1 Objetivo General.....	28
3.2.2. Objetivos Específicos.....	28
CAPÍTULO IV.....	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1 Tipo de estudio.....	29
4.2 Área de estudio.....	29
4.3 Universo y muestra.....	29
4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	29
4.4.1. Criterios de inclusión.....	29
4.4.2. Criterios de exclusión.....	30
4.5 Variables.....	30
4.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	30
4.7 Procedimientos.....	30
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	31
4.9 Aspectos éticos.....	31



CAPÍTULO V	32
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	32
5.1. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES.....	32
5.2. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.....	37
5.3. CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS.....	38
CAPÍTULO VI	40
6.1. DISCUSIÓN.....	40
6.2. CONCLUSIONES.....	44
6.3. RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50
ANEXO 1.....	50
ANEXO 2.....	52
ANEXO 3.....	55
ANEXO 4.....	56



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Cristhian Arturo Argote Echeverría, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017”, de conformidad con el Art 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art1 144 de la Ley Organica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de Septiembre del 2017

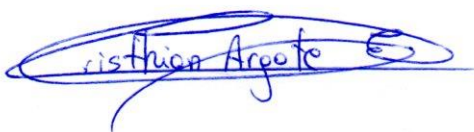
Cristhian Arturo Argote Echeverría

CI: 0704798602

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Cristhian Arturo Argote Echeverría, autor del proyecto de investigación “DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 22 de Septiembre del 2017



Cristhian Arturo Argote Echeverría

CI: 0704798602

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Rubén Santiago Burbano Juera, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017”, de conformidad con el Art 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art1 144 de la Ley Organica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de Septiembre del 2017



Rubén Santiago Burbano Juera

CI:0104779228

Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Rubén Santiago Burbano Jucla, autor del proyecto de investigación “DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 22 de Septiembre del 2017



Rubén Santiago Burbano Jucla

CI:0104779228



DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a
Dios, por habernos permitido llegar a
cumplir nuestros objetivos propuestos. A
nuestros padres por ser el pilar más
importante y por demostrarnos siempre
su cariño y apoyo incondicional. A
nuestros seres queridos por apoyarnos y
ayudarnos a seguir adelante. A todos
ellos les estamos inmensamente
agradecidos y esperamos
recompensarles algún día por todo el
cariño que nos han brindado.

Cristhian Arturo Argote Echeverria
Rubén Santiago Burbano Juela



AGRADECIMIENTO

Con nuestro más profundo sentimiento de respeto y en homenaje de gratitud, al sacrificio, tiempo y dedicación de quien fue nuestro Director y Asesor de este Trabajo de Investigación: Dr. Manuel Ismael Morocho Malla, quien con paciencia hizo posible la elaboración y culminación del mismo, agradecemos sus meritorias indicaciones y consejos oportunos.

Cristhian Arturo Argote Echeverria
Rubén Santiago Burbano Juela

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

A nivel mundial la menopausia se presenta aproximadamente entre las edades de 45 y 55 años, en Latinoamérica alrededor de los 46 y 52 años, existiendo casos en los que se ha presentado antes de los 40 años. En nuestro país, Ecuador ocurre entre los 46 y 47 años de acuerdo al estudio “Epidemiología ecuatoriana de la menopausia, climaterio y osteoporosis” (Flores 2002- 2003). ⁽¹⁾

En cuanto a la Depresión, es sabido que para el año 2020 la depresión mayor se convertirá en la segunda causa de discapacidad mundial después de las patologías cardiovasculares según la Organización Mundial de la Salud (OMS) siendo las mujeres más propensas que los hombres para desarrollar depresión en algún momento de su vida. ⁽²⁾

Se han realizado varios estudios de diferente diseño que se detallan posteriormente, los mismos que realizaron un seguimiento desde la fase de premenopausia hasta la posmenopausia y reportaron mayor sintomatología depresiva durante la perimenopausia. Adicionalmente, existe mayor cumplimiento de criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor y/o trastorno depresivo mayor (TDM) en aquellas mujeres que atravesaban la perimenopausia. ⁽³⁾

El presente estudio, busca como objetivo conocer la frecuencia con la que ocurre la depresión en las mujeres de nuestro medio que se encuentran en la vulnerable etapa de la perimenopausia para un manejo integral basados en dicho conocimiento.

1.2. Planteamiento del problema

Al ser una patología muy frecuente a nivel mundial, según estudios mencionados anteriormente, es importante conocer la realidad de nuestro país, Ecuador en este aspecto, ya que no podemos escapar de la misma. En el Congreso Latinoamericano de Climaterio y Menopausia realizado en Quito, Madero, 2009 afirmó: “en Ecuador no existe un programa público de asesoría y tratamiento de la menopausia; tampoco existen departamentos específicos en las direcciones de salud para tratar la problemática que afecta a más de medio millón de mujeres en el país”.⁽¹⁾

Varios estudios de diseño longitudinal que utilizaron pruebas de autoinforme, tras un seguimiento desde la fase de premenopausia hasta la posmenopausia, reportaron mayor sintomatología depresiva durante la perimenopausia. Se obtuvieron resultados similares mediante estudios transversales con las mismas pruebas. Existe mayor cumplimiento de criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor y/o trastorno depresivo mayor (TDM) en aquellas mujeres que atravesaban la perimenopausia. Existe 14 veces más riesgo de padecer depresión en la perimenopausia, que en los 31 años previos de premenopausia.⁽³⁾

Un metanálisis de 11 estudios identificados en Pubmed, Web of Science y Cochrane (hasta julio de 2015) encontró que las probabilidades para desarrollar depresión no fueron significativamente mayores durante la perimenopausia que en la premenopausia (OR = 1,78 IC del 95% = 0,99-3,2; p = 0,054). Se encontró un riesgo mayor en los síntomas depresivos durante la perimenopausia que en la premenopausia (OR = 2,0, IC del 95% = 1,48-2,71; p <0,001). En la perimenopausia hubo una mayor gravedad de los síntomas de la depresión en comparación con la premenopausia (g de Hedges = 0,44, IC del 95% = 0,11-0,73, p = 0,007).⁽⁴⁾

Un estudio realizado en 2015, con 213 mujeres y que se usó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión (CES-D) concluyó que la frecuencia de los síntomas vasomotores y somáticos parece aumentar con la depresión y recomienda intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de los síntomas. ⁽⁵⁾

Por otro lado, en un estudio realizado en China (2016) con 743 participantes de 40 a 60 años concluyeron que la mayoría de las mujeres rurales de mediana edad no experimentan depresión, siendo más probable en pacientes con sueño deficiente (OR, 6.02, IC del 95%, 3.61, 10.03) o con síntomas vasomotores (VMS) (OR, 2.03, IC del 95%, 1.20, 3.44) seguido por edad, nivel educativo, estado civil, estado de la menopausia, ingresos y enfermedades crónicas. La depresión no se asoció con el estado de la menopausia, si existe asociación significativa con el mal sueño en diferentes etapas de la menopausia, mientras que el VMS se asocia sólo en estado premenopáusico. ⁽⁶⁾

Otro estudio realizado en la Clínica de Menopausia del Hospital Médico y Odontológico de Tokio en 237 mujeres peri y post menopáusicas evidenció que la dificultad para iniciar el sueño en estas mujeres está fuertemente correlacionada con la ansiedad mientras que a la depresión se asocia con la experiencia de sueño no reparador. ⁽⁷⁾

En 2012, una investigación descriptiva analítica cuyo objetivo fue determinar los factores que afectan y asocian la depresión en 250 mujeres posmenopáusicas obtuvo en cuanto a depresión una media de $12,17 \pm 8$. La media de la escala de clasificación de menopausia (MRS por sus siglas en inglés) total fue de $13,04 \pm 8,01$. La dimensión somática tuvo la puntuación más alta: media de $5,48 \pm 3,28$. Se encontró una relación significativa entre el puntaje de depresión y los puntajes de MRS en las tres dimensiones ($P < 0,001$). El nivel de educación se asoció significativamente con la depresión ($P < 0,001$). ⁽⁸⁾

De acuerdo a una revisión de "The American Journal of Psychiatry" existe una fuerte evidencia de que la transición de la menopausia y el período posmenopáusico temprano son un momento de mayor vulnerabilidad al estado

de ánimo disfórico, aunque el riesgo de un episodio depresivo mayor puede ser elevado sólo en el contexto del trastorno depresivo mayor recurrente. Los estudios longitudinales han sido más consistentes, con odds ratios que oscilan entre 1,33 a 1,79 y resultados similares en mujeres sin antecedentes de depresión mayor. ⁽⁹⁾

Un estudio en Polonia 2016, justifica una posible relación entre los polimorfismos de los genes candidatos que participan en la etiología de algunos trastornos neurológicos y psiquiátricos y el riesgo de depresión en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas. Un total de 167 (54 perimenopáusicas y 113 mujeres posmenopáusicas) de 42 a 67 años de edad, con síntomas depresivos y otras 321 mujeres sanas (102 perimenopáusicas y 219 posmenopáusicas) fueron estudiadas. ⁽¹⁰⁾

Un ensayo clínico aleatorizado en el Centro Clínico de los Institutos Nacionales de Salud, realizó un análisis de intención de tratar entre octubre de 2003 y julio de 2012, las participantes, mujeres con antecedentes de depresión perimenopáusica, pasaron de estradiol a placebo experimentando un aumento significativo en la gravedad de los síntomas de depresión. Se utilizó la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la de Hamilton, con puntuaciones medias (SD) aumentando de estradiol, 2,4 [2,0] y 3,0 [2,5] al placebo (8,8 [4,9] y 6,6 [4,5], respectivamente [$P = .0004$ para ambos]). ⁽¹¹⁾

Se examinaron 12323 artículos a través de MEDLINE (hasta el 1 de enero de 2015), se concluye que la exposición prolongada a estrógenos endógenos equivalente a edad avanzada en la menopausia y un período reproductivo más prolongado, se asocia con un menor riesgo de depresión en la vida posterior. Existió una asociación inversa ([OR], IC del 95% de incrementos de 2 años) de depresión y menopausia a mayor edad (0,98; 0,96-0,99 [67434 participantes únicos; 13 estudios]) y duración del período reproductivo (0,98; 0,96-0,99 [54715 participantes únicos; 5 estudios]). ⁽¹²⁾

Igualmente Pernas (2009), reportó hallazgos en factores psicológicos asociados a la perimenopausia, indicando que durante este período, entre el 70% y 90% de las mujeres manifiestan signos psicológicos, que incluyen irritabilidad, alteraciones de la memoria a corto plazo, cambios en el estado de ánimo y pérdida del interés sexual, los cuales tienden a comprometer la esfera afectiva de la mujer. Determinados factores pueden afectar de manera positiva o negativa el síndrome climatérico, entre los que podemos mencionar: la función cognitiva, la apariencia personal, el estado emocional, el entorno familiar con los hijos y con la pareja⁽¹³⁾

Otro de los factores psicológicos asociados a la depresión en la perimenopausia, se reportan en el trabajo de Illanes et al (2002) quienes encontraron en Chile que la falta de instrucción y de un trabajo remunerado constituían importantes factores de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en las mujeres climatéricas. También observaron que las mujeres con bajo nivel de instrucción que presentaban síntomas depresivos, tenían riesgo elevado de presentar síntomas somáticos ⁽¹⁴⁾

Un estudio realizado por Zavaleta (2015) en Perú, mostró que dentro de los factores biológicos asociados al síndrome climatérico son tener de tres hijos a más ($p=0.038$), menarquia antes de los 12 años ($p=0.000$), consumo de alcohol ($p=0.000$), última menstruación > 1 año ($p=0.000$), consumo de cigarros 1 vez al día ($p=0.000$), ausencia de ejercicios por 30 minutos ($p=0.000$), tener enfermedades asociadas ($p=0.000$) y ausencia de actividad sexual ($p=0.000$); considerándose a estos más desfavorables para el síndrome climatérico ⁽¹⁵⁾.

También dentro de los factores psicológicos que contribuyen a la aparición de síntomas depresivos en la perimenopausia se considera según un estudio realizado por Deeks y McCabe (2002) la sensación de bienestar de algunas mujeres que atraviesan este período, vinculada sobre todo con expectativas personales, socio laborales, familiares, satisfacción marital y buen manejo de la menopausia son factores que aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa ⁽¹⁶⁾

La menopausia a los 40 años o más en comparación con la menopausia prematura se asoció con un 50% disminución del riesgo de depresión (3033 participantes únicos, 4 estudios). Se demostró disminución del 5% en el riesgo de depresión severa con 2 años de incremento en la menopausia (52736 participantes únicos; 3 estudios); Análisis de sensibilidad de los estudios de control de la depresión pasada reveló resultados similares para la edad en la menopausia (0,98, 0,96-1,00 [48894 participantes únicos, 3 estudios]).

1.3. Justificación

Siendo la depresión en la perimenopausia un evento que se presenta con alta frecuencia es preciso que lo estudiemos. Según el National Institute of Health, advierte que los padecimientos comportamentales o psicológicos en perimenopausia son subvalorados y no gozan de la misma atención clínica que los padecimientos de tipo periféricos. En primer lugar, es importante conocer estadísticamente la situación en nuestro medio y en segundo lugar, identificar y brindar una atención íntegra a las pacientes que presenten esta patología incapacitante que afecta principalmente a la mujer.⁽¹⁷⁾ La depresión al ser considerada un problema de salud pública se enmarca también en el aspecto económico ya que genera un costo para el estado, siendo preciso entonces identificarla y tratarla a tiempo para evitar costos mayores posteriormente considerando a la depresión como una enfermedad discapacitante a nivel mundial.

En cuanto al aspecto social, el sexo femenino es naturalmente más vulnerable a sufrir depresión ya sea por situaciones culturales propias, discriminación social, económica, entre otros. Siendo importante estudiar situaciones que a ellas respectan. De acuerdo al ámbito científico, el hecho de documentar la frecuencia de depresión en mujeres perimenopáusicas es de utilidad para tener una referencia de dicho fenómeno en nuestro medio.



Dadas las características del presente estudio, la línea de investigación de la Universidad de Cuenca corresponde a Salud sexual y reproductiva. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (MSP) el estudio pertenece al área de investigación definida como “Salud Mental y Trastornos del Comportamiento” y mas específicamente a la línea: “Depresión y distimia”.⁽¹⁸⁾

Se pretende aportar a la comunidad los datos obtenidos en esta investigación para que sirvan de evidencia y de esa manera mejorar el aporte al desarrollo saludable de la mujer procurando la adecuada vinculación con la comunidad .

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Perimenopausia y Depresión

Conceptos

Perimenopausia: De acuerdo a la International Menopause Society (Utian, 1999) el término menopausia se refiere específicamente al último período menstrual experimentado por la mujer climatélica, cuya aparición se ubica alrededor de los 50 años, variando la media de edad según la región. La perimenopausia se define como el momento inmediatamente previo y posterior a la menopausia. Puede comenzar varios años antes de la menopausia. Se inicia aproximadamente a los 35 años y se extiende hasta un año después de la última menstruación. ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Depresión: Trastorno del estado de ánimo común pero grave, que causa síntomas graves que afectan al modo en que se siente, piensa, y realizar las actividades diarias como dormir, comer o trabajar. Los síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas. ⁽²¹⁾⁽²²⁾

Según Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 la depresión mayor se convertirá en la segunda causa de discapacidad mundial después de las patologías cardiovasculares. Se considera a la depresión como la principal causa de discapacidad a nivel mundial y a partir de la adolescencia las mujeres tienen un riesgo entre un 1,5 y 3 veces más de probabilidad que los hombres de desarrollar depresión en algún momento de su vida el mismo que se va incrementando conforme avanza la edad. ⁽¹⁾⁽²²⁾

Etiología

Factores genéticos: Polimorfismos en las subunidades de los receptores GABA, del gen que codifica para SERT (transportador de serotonina que actúa en su recaptación), del receptor adrenérgico α_2C en la Amígdala y el Cíngulo. Factores Psicosociales: desigualdad social, la sociedad heteropatriarcal, trabajo, la familia y el rol de cuidadora. Factores Hormonales: fluctuaciones de los niveles de estrógenos, más que su ausencia, alterando la regulación GABA y el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal lo cual aumenta la sensibilidad al estrés y vulnerabilidad para padecer trastornos depresivos. No hay evidencia científica clara. ^{(22) (23)(24)}

El papel antidepresivo de los estrógenos se relaciona con la activación de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. ⁽²²⁾⁽¹¹⁾

La evidencia muestra que la actividad de unión del factor nuclear-kappaB (NF-kB), mediador clave de la transcripción inducible en el sistema inmunitario y genes inflamatorios, aumenta por la exposición al estrés agudo. Respuestas inflamatorias sensibilizan y con la continua exposición, probablemente se produce inflamación periférica de bajo grado, mayor riesgo de enfermedades inflamatorias o exacerbación de las existentes. Según un estudio “Postmenopausal Women Exhibit Greater Interleukin-6 Responses to Mental Stress Than Older Men” (2016), las mujeres posmenopáusicas exhiben respuestas IL-6 sustancialmente mayores a la tensión aguda. ⁽¹²⁾⁽²²⁾⁽²³⁾

Manifestaciones

Trastorno vasomotor es el más frecuente, atrofia de piel y mucosas, alteraciones de la libido, trastornos del sueño, cambios corporales, osteoporosis, enfermedad coronaria. El síntoma más frecuente que lleva a las mujeres a consultar durante la menopausia son los trastornos del ánimo.

Diagnóstico

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5:

Trastorno de Depresión Mayor:

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.⁽²⁴⁾

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5:

Elaborado por: Autores

En el estudio citado anteriormente que indica que existe 14 veces más riesgo de padecer depresión en la perimenopausia, que en los 31 años previos de premenopausia realizaron una revisión teórica de los resultados de artículos de las bases de datos Pubmed, Wiley Online Library y Sciencedirect acerca de la presencia de depresión y dificultades cognitivas en mujeres perimenopáusicas.

(3)

La investigación que concluyó que la frecuencia de los síntomas vasomotores y somáticos parece aumentar con la depresión y recomienda intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de los síntomas, fue un estudio transversal, participaron 213 mujeres (M = 52 años), 125 fueron peri- y 88 posmenopáusicas. Las medidas incluyeron la escala CES-D y los cuestionarios de los síntomas vasomotores y las subescalas de síntomas somáticos del Women's Health Questionnaire (WHQ). (5)

El realizado en China (2016) con 743 participantes de 40 a 60 años en el que la depresión no se asoció con el estado de la menopausia pero con el mal sueño en diferentes etapas de la menopausia, mientras que el VMS se asocia sólo en estado premenopáusico. El estado de depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de Autoevaluación (SDS). La calidad del sueño y los síntomas vasomotores se evaluaron mediante un cuestionario específico de síntomas. (6)

En el metanálisis de 11 estudios extraídos de Pubmed, Web of Science y Cochrane, incluyeron los estudios de acuerdo a la definición de la perimenopausia con los criterios del Taller de Etapas del Envejecimiento Reproductivo (STRAW). Las medidas de resultado fueron Odds Ratio (OR) sobre el diagnóstico y los síntomas depresivos y la diferencia de medias estandarizada (g de Hedges) en las puntuaciones de depresión durante cada etapa de la menopausia. En Tokio, los cuestionarios de las 237 mujeres peri- y postmenopáusicas fueron sometidos a la correlación de rango de Spearman y análisis de regresión logística. (4) (7)

El inventario de depresión de Beck, el cuestionario de escala de clasificación de menopausia (MRS) y las hojas de información demográfica se utilizaron para recopilar datos en la investigación realizada Avhaz a 250 mujeres posmenopáusicas. Los datos recogidos se analizaron con coeficientes de correlación de Pearson, Spearman, chi-cuadrado y ANOVA unidireccional. ⁽⁸⁾

El método utilizado en el estudio de “ The American Journal of Psychiatry” para llegar a la conclusión que la mujer es mas vulnerable a padecer depresión en la transición de la menopausia y el período posmenopáusico temprano fue la revisión la literatura relevante en la depresión perimenopáusica, incluyendo prevalencia, predictores y tratamiento con terapia con estrógenos. ⁽⁹⁾

Todas las participantes en el estudio realizado en Polonia 2016 fueron evaluadas para los trastornos climatéricos y depresivos según el índice de Kupperman y la escala de Hamilton para la depresión (HRSD), respectivamente. Se seleccionaron los siguientes genes candidatos para el estudio: 5HTR2A, 5HTR1B, 5HTR2C, TPH1, TPH2, MAOA, COMT, NET, GABRB1, ESR1, MTHFR, MTR y MTHFD1. En cada grupo se determinaron las frecuencias de los polimorfismos mediante análisis PCR-RFLP. ⁽¹⁰⁾

Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton) (HRSD, HAM-D) Se trata de una escala (de observación) heteroaplicada, permite cuantificar la intensidad del trastorno depresivo y la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. Las escalas más utilizadas tienen 21 y 17 ítems. Se enfoca principalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que mas peso tienen en el cómputo total de la escala. ⁽²⁵⁾

Los índices mas usados son el de melancolía, ansiedad e índice de alteraciones del sueño. Posee un alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, coeficiente de correlación intraclase de 0,92. La fiabilidad interobservador está entre 0,65 y 0,9. Su correlación con otros instrumentos como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. Mantiene buen rendimiento en población geriátrica y es muy sensible al cambio terapéutico. La validez es menor en pacientes de edad elevada. Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos. ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

En este proyecto utilizaremos la versión reducida de la Escala de Hamilton con 17 ítems, recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52 con los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7, depresión ligera/menor: 8-13, depresión moderada: 14-18, depresión severa: 19-22 y depresión muy severa: >23. ⁽²⁸⁾

Cabe recalcar que para la asociación de variables en este estudio y para convertirlas en dicotómicas se determino que el rango no deprimido vaya en la puntuación de la escala de Hamilton desde 0-13, mientras que el deprimido este en la puntuación de 14 hasta >23.

El impacto de la violencia contra las mujeres y sobre su salud mental puede tener consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión. ⁽²⁹⁾

Un estudio realizado en la consulta de Psiquiatría del Hospital General Regional “Ignacio García Téllez” en donde se incluyeron 270 casos y 540 controles, en el que el promedio de edad fue de 41.2 ± 12.1 y 40.8 ± 12.1 ($p=0.62$), respectivamente. Se detectó violencia intrafamiliar en 129 casos (47.8%) y 113 controles (20.9%), y ésta se asoció con el trastorno depresivo mayor ($RM= 3.4$;

IC 95% 2.5-4.7). Otros factores, como ser casada ($RM=1.6$ (1.2- 2.2), $p < 0.001$), tener nivel socioeconómico bajo ($RM=1.5$ (1.0-2.4), $p(<0.03)$ y apoyo social mínimo ($RM=1.9$ (1.40-2.72), $p(<0.001)$ también incrementaron las probabilidades de padecer depresión. ⁽²⁹⁾

La migración representa uno de los fenómenos que afecta a la mayoría de los países en el mundo. En Guatemala según investigaciones realizadas por el Departamento de Migración los flujos migratorios son consecuencia de los problemas políticos generados por el conflicto armado interno, la espiral de violencia y por la falta de ingresos económicos para sustentar el núcleo familiar. ⁽³⁰⁾

De acuerdo a Castillo (2004), este fenómeno afecta no sólo al emigrante sino también al entorno familiar que por una parte se ve beneficiado económicamente estando sus familiares en otro país, sin embargo, existe al riesgo de la separación conyugal, hijos desamparados sin recibir afecto directo de uno o de ambos padres.

Un estudio realizado que toma como muestra a 40 mujeres de 20 a 50 años de edad madres y/o esposas de emigrantes a Estados Unidos del municipio de San José Acatempa Jutiapa, siendo evaluadas con el test Escala de Autoevaluación de Zung; En cual plantean como objetivo determinar los niveles de depresión que manifiestan las esposas y/o madres de emigrantes a Estados Unidos. ⁽³⁰⁾

El resultado que se obtuvo es que el 29% de las madres y/o esposas de emigrantes presentan depresión leve la cual consiste en la presencia de algunos síntomas de la depresión y sus actividades diarias las realizan con un esfuerzo extraordinario; El 23% está atravesando depresión a un nivel moderado, esto quiere decir, que las madres ubicadas en éste nivel presentan mucho de los síntomas de la depresión y éstos son un impedimento para realizar alguna de sus actividades diarias; el 8% presentan depresión grave, lo cual quiere decir, que dichas mujeres presentan casi todos los síntomas de la depresión y esta les impide realizar sus actividades diarias. ⁽³⁰⁾

La infertilidad, resulta ser un problema clínico muy particular. Desde el punto de vista físico, la inmensa mayoría de las personas que tienen este problema no presentan ninguna repercusión física negativa: no muestran síntomas específicos, no padecen ningún dolor, malestar, ni impedimento físico. Muchas personas que son infértiles, pueden pasar gran parte de su vida, o toda ella, desconociendo si son “fértiles” o “infértiles”, y disfrutando de una vida plena, ya vivan solas o en pareja.

Actualmente existe un gran número de estudios que evidencian el notable impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad en la pareja y los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés que aparecen durante los procedimientos de la tecnología reproductiva. Y el fracaso es un desenlace habitual en los tratamientos de la infertilidad.

La investigación fue un estudio descriptivo transversal observacional, realizado en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora en el año 2016; La población fue las mujeres que acudieron por infertilidad al servicio de Ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período septiembre – diciembre del 2016. En el cual los investigadores analizaron la prevalencia de depresión en mujeres que acudieron por infertilidad, por lo que se aplicó una escala para valorar la relación de pareja antes y después de conocer el diagnóstico de infertilidad. Y se aplicó el Test de Hamilton para determinar el tipo de depresión que presentó la población estudiada.

Del total de las pacientes estudiadas, 66 pacientes (66%), presentaron depresión. Al relacionar la infertilidad y pacientes con depresión, 37 pacientes (57%) con infertilidad primaria y 29 pacientes (43%) con infertilidad secundaria presentaron depresión, (χ^2 2.85, $p= 0,09$), no estadísticamente significativo

Al comparar las frecuencias entre tipo de infertilidad y las pacientes con y sin depresión, se observó que 37 pacientes (57%) que no tienen hijos, presentó depresión, indicando que la depresión es mayor en pacientes con infertilidad primaria, sin embargo los datos no fueron estadísticamente significativos (χ^2 2.85, $p= 0,09$).⁽³¹⁾

CAPÍTULO III

3.1

HIPOTESIS

La prevalencia de depresión en pacientes perimenopausicas de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, es mayor a 30% y está asociada a etnicidad, nivel de educación, empleo, paridad, estado civil, consumo actual de alcohol, cigarrillo, violencia intrafamiliar y migración.

OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes perimenopáusicas de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, 2017.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en el grupo de estudio.
- Caracterizar la población de estudio según etnicidad, nivel de educación, empleo, paridad, estado civil, consumo actual de alcohol, cigarrillo, violencia intrafamiliar, migración y depresión.
- Determinar la relación entre depresión y factores asociados como son nivel de educación, empleo, paridad, estado civil, consumo de alcohol, tabaquismo, violencia y migración.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal cuantitativo.

4.2 Área de estudio

Se realizó en el servicio de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

4.3 Universo y muestra

Universo: Mujeres de 35 a 50 años de edad que acuden al servicio de medicina interna del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

Muestra: El tamaño de la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$n = t^2 \times p(1-p)/m^2$ en donde:

n= tamaño de muestra requerido.

t= nivel de fiabilidad de 95%(valor estándar de 1,96).

p= prevalencia estimada de depresión (30%).

m= margen de error de 5% (valor estándar de 0,05).

$n = 1,96^2 \times 0.3(1-0.3)/0.05^2$

n= 323

4.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

Mujeres entre 35 a 50 años que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso que deseen voluntariamente ser parte del estudio y que firmen el consentimiento informado.

4.4.2. Criterios de exclusión

Paciente que no desean colaborar en el estudio y además con diagnóstico de depresión crónica.

Pacientes que luego de firmar el consentimiento informado desistan.

4.5. Variables

Variable Dependiente: Depresión: Según la Escala de Hamilton para la Depresión.

Variable Independiente: Edad, etnia, nivel de educación, empleo, paridad, estado civil, consumo de alcohol los últimos 6 meses, consumo de cigarrillo los últimos 6 meses, violencia intrafamiliar, migración.

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos

El método utilizado para el desarrollo de la investigación fue el método científico observacional. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos el Cuestionario elaborado por los autores y la Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols). Fiabilidad: En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

4. 7. Procedimientos

Autorización: Se obtuvo el permiso correspondiente por parte del Gerente del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Dr. Oscar Chango para realizar el estudio.

Capacitación: Se revisó toda la literatura sobre el tema hasta obtener un conocimiento amplio del mismo, suficiente para abordar el estudio.

Supervisión: El desarrollo del proyecto estuvo bajo la supervisión de nuestro director, Dr. Ismael Morocho.

4.8. Plan de tabulación y análisis

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0. para Windows. Para la presentación de los datos se utilizó los programas Excel y Word mediante tablas.

En las variables cuantitativas se utilizó frecuencias y porcentajes.

La relación entre depresión y sus factores asociados, se realizó mediante Intervalo de confianza y valor de P.

4.9. Aspectos éticos

Para la realización de la presente investigación bajo los principios bioéticos, se considera la autorización de la Institución de Salud donde se llevó a cabo el estudio. Se respetaron los principios éticos, el respeto a la autonomía del participante con el consentimiento informado, así como la confidencialidad y privacidad de la información obtenida, la cual se utilizó con la debida confidencialidad y privacidad de información, garantizado mediante el anonimato.

La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad y los datos serán utilizados única y exclusivamente para el presente estudio y se facultará a quienes se crea conveniente para la verificación de la información. Previo a la aplicación de formulario y Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols) las participantes deberán leer y firmar el consentimiento informado (Anexo 3).

CAPÍTULO V**RESULTADOS Y ANÁLISIS****5.1. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES****TABLA N° 1**

Distribución de 323 Mujeres perimenopáusicas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso asociadas a factores de caracterización. Cuenca – 2017

VARIABLE	n= 323 (100%)
EDAD	
Entre 35 – 45 años	225 (67,7%)
Más de 45 años	98 (30,3%)
ETNICIDAD	
Mestiza	318 (98,5%)
Otra	5 (1,5%)
EDUCACIÓN	
Instrucción Completa	34 (10,5%)
Instrucción Incompleta	289 (89,5%)
EMPLEO	
Trabaja	99 (30,7%)
No Trabaja	224 (69,3%)
PARIDAD	
Más de un hijo	301 (93,2%)
Nulípara	22 (6,8%)
ESTADO CIVIL	
Con Pareja	219 (67,8%)
Sin Pareja	104 (32,2%)
FUMADOR	
Sí	8 (2,5%)
No	315 (97,5%)
BEBEDOR	
Sí	14 (4,3%)
No	309 (95,7%)
VIOLENCIA	
Sí	40 (12,4%)
No	283 (87,6%)
MIGRACIÓN	
Sí	130 (40,2%)
No	193 (59,8%)
DEPRESIÓN	
Deprimido	128 (39,6%)
No Deprimido	195 (60,4%)

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: los autores

INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la distribución de mujeres perimenopáusicas que asisten a la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, mayoría de las pacientes (67,7%) se ubica en las edades comprendidas entre 35 – 45 años de edad, mientras que solamente el 30,3% de las que asisten a la consulta presentan más de 45 años.

Dentro de los factores biológicos analizados, la etnicidad obtuvo un 98,5% de representatividad en el grupo estudiado, mientras que otros criterios solo obtuvieron un 1,5%, denotando que un elevado porcentaje de las mujeres perimenopáusicas que asisten a este Centro de Salud, se caracterizan a sí mismas como mestizas.

Continuando con la caracterización del grupo en estudio, los valores porcentuales obtenidos con respecto a las características socio-económicas como la educación y el empleo, indicaron que el 89,5% de las mujeres que asistieron a esta consulta, presente una instrucción Incompleta, refiriéndose este aspecto al hecho de no haber culminado la educación básica completa, solo un 10,5% logró alcanzar un nivel de instrucción completa, llegando a culminar la educación Universitaria completa.

En la variable Empleo, se aprecia que el 69,3% de las encuestadas no trabaja, es decir, no se desempeña en funciones laborales, sino que realizan labores en sus hogares, mientras que el 30,7% restante, si se desempeña en diversos oficios u ocupaciones distintas a las labores del hogar.

Seguidamente se revisaron los datos referidos a la variable paridad, la cual caracteriza aspectos biológicos de los individuos en estudio, reportándose que el 93,2% de las mujeres en estudio, tienen más de un hijo, mientras que solamente el 6,8% de las mujeres perimenopáusicas que asisten a esta consulta son nulíparas o no han tenido hijos.

Otro de los factores socio-económicos analizados lo constituye la variable Estado Civil, la cual reflejó que el 67,8% de las mujeres encuestadas es decir 219 de las mujeres consultadas tienen su pareja, mientras que el 32,2% restante no tiene.

También se analizaron otros factores biológicos que se consideraron relevantes para el estudio, como son el consumo de Tabaco (Fumador) y el consumo de Alcohol, reportándose que el 97,5% de las mujeres encuestadas no son fumadoras, mientras que el 2,5% restante si lo son. De manera similar, en la variable Consumo de Alcohol se apreció que un 95,7% de las encuestadas no consume o ha consumido alcohol en los últimos seis meses, mientras que 4,3% de las mismas manifestó que si lo ha hecho.

Seguidamente la interpretación de los resultados alusivos a los factores psicológicos indica en la variable Violencia Intrafamiliar que el 87,6% de las encuestadas manifestó la no presencia de este tipo de violencia en sus hogares, mientras que un 12,4% restante indicó que ha existido de algún tipo de violencia.

Otra variable considerada en los aspectos psicológicos fue la presencia de Migración en los miembros del grupo familiar, reflejando que de las 323 mujeres encuestadas, el 59,8% no ha sufrido la separación de algún miembro de la familia cercano por motivos de migración, mientras que el 40,2% restante si se ha enfrentado a este tipo de situaciones.

Por último, se analizó el porcentaje de depresión evidenciado en el grupo en estudio, encontrándose que de las 323 mujeres encuestadas, el 60,4% no está deprimido, pues no dieron muestras evidente de esto, mientras que el 39,6% restante, si lo está pues se evidencio manifestaciones clínicas que indican patologías depresivas en diversos grados.

A continuación se presenta el análisis de las variables estudiadas y el nivel de depresión reflejado por cada una de ellas, tomando como factor de riesgo al hecho de: tener entre 35 a 45 años, ser de raza mestiza, tener nuliparidad, fumar y consumir licor, tal como se observan en las siguientes tablas.

TABLA N° 2

Riesgo de Depresión de 323 Mujeres perimenopáusicas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso asociadas a Características Poblacionales. Cuenca – 2017

Características poblacionales	Riesgo de Depresión		Total	RP IC 95%	P
	*Deprimido	**No Deprimido			
EDAD					
35-45 años	83 (25.6%)	142 (43.9%)	225 (69.6%)	1,167 (0,94-1,43)	0,000
Más de 45 años	45 (13.9%)	53 (16.4%)	98 (30,3%)		
ETNICIDAD					
Mestiza	125 (38.6%)	193 (59.7%)	318 (98,5%)	1,517 (0,517 – 4,455)	0,025
Otro	3 (0.9%)	2 (0.6%)	5 (1,5%)		
PARIDAD					
Más de un Hijo	122 (37.7%)	179 (55.4%)	301 (93,2%)	1,223 (0,931 – 1,607)	0,000
Nulípara	6 (1.8%)	16 (4.9%)	22 (6,8%)		
FUMA					
Si	2 (0.6%)	6 (1.8%)	8 (2,5%)	1,250 (0,829 – 1,884)	0,000
No	126 (39.0%)	189 (58.5%)	315 (97,5%)		
TOMA LICOR					
Sí	6 (1.8%)	8 (2.4%)	14 (4,3%)	0,944 (0,595 – 1,499)	0,000
No	122 (37.7%)	187 (57.8%)	309 (95,7%)		

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Los Autores

* Deprimido: Se considera de 14 a >23 en Escala de Hamilton.

** No deprimido: Se considera de 0 a 13 en Escala de Hamilton.

INTERPRETACIÓN:

Se obtuvo que 225 mujeres (69,6%) pertenecían al rango 35-45 años, de las cuales 83 mujeres presentaron síntomas de depresión, mientras que 142 mujeres no mostraron signos de estar deprimidas. De igual forma, 98 mujeres (30,3%) de la muestra, pertenecen al rango “Más de 45 años”, de las cuales un grupo de 45 mujeres manifestaron síntomas de depresión y 53 mujeres no se deprimen.

Asimismo, en la variable Etnicidad de las 318 mujeres consultadas, 318 pertenecen al rango mestiza, donde 125 manifestaron síntomas de depresión y 193 no dieron síntoma de estar deprimidas. De igual manera, el rango otro obtuvo un total de 5 mujeres que representan el 1,5% de la muestra, de las cuales 3 se encontraban deprimidas y 2 no mostraron síntomas de depresión.

La variable Paridad, reflejó en el rango nulípara la presencia de 22 mujeres para un total de 6,8%, de las cuales 6 dieron manifestaciones de depresión y 16 no manifestaron síntomas depresivos.

En la variable Fuma, se encontró que 8 de las 323 mujeres manifestaron que fuman (lo que representa el 2,5% de la muestra), de estas 2 se consideraron con manifestaciones depresivas y 6 no estaban deprimidas. De igual forma, en el rango no, se evidenció que existe un 97, % que no fuma, de las cuales el 39,0% dio muestras de estar deprimido, mientras que el 58,5 % indicó que no lo estaban.

Por último en la variable Toma Licor, el rango no obtuvo la mayoría de respuestas, permitiendo apreciar que de 309 mujeres, 187 no se encuentra deprimida, mientras que 122 mujeres, indicaron estarlo.

Con respecto a la variable Toma Licor, en el grupo que no consumía, se obtuvo un elevado porcentaje, denotando que 309 (95,7%) no toman licor, de estas, 187 mujeres manifestaron no estar deprimidas, mientras que 122 mujeres indicaron presentar síntomas de depresión.

Analizando el valor de p encontramos que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, sin embargo, al analizar los IC95%, encontramos que las variables estudiadas, se comportan tanto como Factor de Riesgo, pero también como Factor protector.

5.2 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

TABLA N° 3

Riesgo de Depresión de 323 Mujeres perimenopáusicas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso asociadas a Características Psicológicas. Cuenca – 2017

Características Psicológicas	Riesgo de Depresión		Total	RP IC (95%)	P
	*Deprimido	**No Deprimido			
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR					
Sí	24 (7.43%)	16 (4.95%)	40 (12,4%)	0,632 (0.428 – 1.138)	0,000
No	104 (32.1%)	179 (55.4%)	283 (87,6%)		
MIGRACIÓN					
Sí	54 (16.7%)	76 (23.5%)	130 (40,2%)	0,948 (0.790 – 1.138)	0,000
No	74 (22.9%)	119 (36.8%)	193 (59,8%)		

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Los Autores

* Deprimido: Se considera de 14 a >23 en Escala de Hamilton.

** No deprimido: Se considera de 0 a 13 en Escala de Hamilton.

INTERPRETACIÓN:

Los valores obtenidos indican que el Riesgo de Depresión asociado a las Características Psicológicas refleja con respecto a la Variable Violencia Intrafamiliar, se observa que son mayores las mujeres que no están deprimidas que las que están deprimidas en función de la presencia o ausencia de violencia intrafamiliar.

En el caso de la variable Migración, se observa igualmente mayor número de mujeres que no están deprimidas pues no han sufrido la separación de familiares cercanos por motivos de Migración, mientras que la cantidad de mujeres que han padecido de esta característica son menores.

Analizando el valor de p encontramos que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, sin embargo, al analizar los IC95%, encontramos que las variables estudiadas, se comportan tanto como Factor de Riesgo, pero también como Factor protector.

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECNÓMICAS

TABLA N° 4

Riesgo de Depresión de 323 Mujeres perimenopáusicas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Vicente Corral Moscoso asociadas a Características Socioeconómicas. Cuenca – 2017

Características socioeconómicas	Riesgo de Depresión		Total	IC (95%)	p
	*Deprimido	**No Deprimido			
ESTADO CIVIL					
Con Pareja	81 (25.0%)	138 (42.7%)	218 (67,8%)	1,150 (0,940 – 1,407)	0,000
Sin Pareja	47 (14.55%)	57 (17.6%)	104 (32,2%)		
EDUCACIÓN					
Instrucción Completa	12 (3.7%)	22 (6.81%)	34 (10,5%)	1,081 (0,829 – 1,410)	0,000
Instrucción Incompleta	116 (35.9%)	173 (53.5%)	289 (89,5%)		
OCUPACIÓN					
Trabaja	36 (11,1%)	63 (19.5%)	99 (30,7%)	1,080 (0,898 – 1,299)	0,000
No Trabaja	92 (28.4%)	132 (40.8%)	224 (69,3%)		

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Los Autores

- * Deprimido: Se considera de 14 a >23 en Escala de Hamilton.
- ** No deprimido: Se considera de 0 a 13 en Escala de Hamilton.

INTERPRETACIÓN:

Los datos sobre el Riesgo de Depresión asociados a las Características Socioeconómicas reportan que un alto número de mujeres poseen parejas y se refleja menor índice de depresión asociado a estar solteras o sin parejas.

En la variable Educación, se aprecia mayor cantidad de mujeres depresivas asociadas a la carencia de una instrucción completa, mientras que las que presentan instrucción completa, reflejan menores niveles de depresión.

Con respecto a la variable Ocupación, se destaca igualmente que hay menor cantidad de depresión en las mujeres que tienen una ocupación o trabajo fuera del hogar, que aquellas que se dedican exclusivamente al que hacer doméstico.

Analizando el valor de p encontramos que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas, sin embargo, al analizar los IC95%, encontramos que las variables estudiadas, se comportan tanto como Factor de Riesgo, pero también como Factor protector.

CAPÍTULO VI

6.1. DISCUSIÓN

Al caracterizar los aspectos Biológicos de la muestra como son: edad, etnicidad, paridad, consumo de alcohol y cigarrillo, los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas durante el trabajo de campo indican que el mayor porcentaje de mujeres entrevistadas en la consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, se encuentra ubicado en la edad de 35 años con un porcentaje de 13% que responde a una frecuencia de 43 mujeres, seguida de las mujeres de 50 años, representadas por un 10%.

El resto de los porcentajes obtenidos oscilan en este rango, lo que permite inferir que las mujeres que asisten con más frecuencia a esta consulta se encuentran en períodos pre menopáusico o cuando ya se encuentran a punto de iniciar la postmenopausia, lo que indica que puedan estar manifestando con más frecuencia depresión y patologías diversas asociadas a causas biológicas, sociales y psicológicas lo que las lleva a asistir con más frecuencia a la consulta.

De igual forma, dentro de la caracterización Biológica del grupo en estudio, se procedió a medir la variable Paridad, donde se obtuvo 40% con dos hijos, 30% con tres o más hijos, 23% con un hijo/hija y 7% sin hijos. Los hallazgos encontrados se parecen a los presentados por Zavaleta (2015), quien reportó al analizar la relación entre la paridad y la intensidad del síndrome climatérico, que el 91.3% de las usuarias con síntomas climatéricos “Leves” tienen menos de tres hijos, comparado con el 29.8% de las usuarias con síntomas severos que tienen más de tres hijos, evidenciándose que si existe relación entre ambos ⁽¹⁵⁾.

En el caso del estudio, se aprecia que la mayor concentración de porcentajes se encuentra en las mujeres con mayor número de hijos, lo que puede contribuir a la aparición de la depresión durante la peri menopausia.

Seguidamente y continuando con la caracterización de los factores Biológicos en la muestra en estudio, se tiene que en el consumo de cigarrillos y alcohol, se

encontraron los siguientes resultados el 98% de las encuestadas no fuman. En cuanto al consumo de bebidas Alcohólicas, el 96% de las encuestadas manifestó que no consumen bebidas alcohólicas.

Estos hallazgos, son similares a los encontrados por Zavaleta (2015) al reportar en su estudio que un 90.9% de usuarias con síntomas climatéricos “Ausente o Muy leve” no consume alcohol, comparado con un 23.8% de las usuarias con síntomas severos que si consume alcohol. Igualmente reportó que el 90.9% de usuarias con síntomas climatéricos “Ausente o Muy leve” no consume cigarrillos y un 41.7% de las que tienen síntomas severos si consumen cigarros, evidenciando en ambos casos una relación significativa entre el consumo de sustancias nocivas y la intensidad del síndrome climatérico ⁽¹⁵⁾.

Lo que en el caso del estudio, puede ser visto como un factor positivo, pues el hecho de que la mayoría de las mujeres encuestadas no consuma ni alcohol ni cigarrillos contribuiría a retardar la aparición de la Depresión como un síntoma en la peri menopausia ⁽¹⁵⁾.

En el caso de las características Psicológicas, considerando la importancia que estos tiene la presencia de la Depresión en las mujeres durante la peri menopausia se analizaron las siguientes variables: la Violencia Intrafamiliar, encontrándose los siguientes resultados: el 88% de las mujeres encuestadas manifestó No sufrir de Violencia Intrafamiliar en sus hogares, mientras que un 12% indicó que Si la padecen. Estos resultados coinciden con los reportados por Deeks y McCabe (2004) quienes indicaron que la sensación de bienestar de algunas mujeres que atraviesan este periodo asociadas a las expectativas familiares cumplidas ayuda a contrarrestar los síntomas depresivos asociados al climaterio ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, no se puede hacer a un lado que la experiencia de cada mujer ante las situaciones de violencia intrafamiliar es distinta y se asocia también a la cultura, por lo que debe considerarse como un factor importante que puede contribuir a la aparición de la depresión en esta etapa.

Otra de las características Psicológicas, asociadas a la Depresión en pacientes en perimenopausia de la consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, que fue analizada en el estudio, es el relacionado con la migración de familiares a otros países, encontrándose que el 60% de las encuestadas No tienen familiares que hayan migrado a otros países, mientras que un 40% Si tienen familiares que han migrado a otros países. Esto podría ser una causa que predispone a la aparición de la depresión, sobre todo si el familiar es muy cercano.

La caracterización de los factores Socio-económicos, reportó en las variables analizadas lo siguiente: En primer lugar se revisó el estado civil de las participantes en el estudio, encontrándose que el 68% de las mujeres están Casadas, 14% Separadas o Divorciadas y 19% Solteras. Los resultados encontrados son afines a los de Zavaleta (2015) quien al evaluar la presencia y ausencia de pareja, mostró que 100% de las pacientes con pareja tienen una intensidad del síndrome climatérico “leve”, en cambio el 70.6% y el 26.7% de las pacientes sin pareja tienen síntomas “moderados” y “severos” respectivamente ⁽¹⁵⁾, lo que indica que la presencia o ausencia de pareja, puede contribuir a la aparición de la depresión como un síntoma asociado a la perimenopausia.⁽¹⁵⁾

Otro aspecto que se abordó en las características Socio-económica fue el Nivel Educativo, dado que hay estudios que dan evidencia de que en las mujeres, la depresión suele verse influenciada de forma significativa por la ocupación, el estatus económico y la menopausia. En tal sentido, los resultados obtenidos indican que en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso los porcentajes más elevados reflejaron en el grupo estudiado, la presencia de una Educación Secundaria Completa (35%), Primaria Completa (26%) Secundaria Incompleta (14%) y solo un 10% para la Educación Superior completa, lo que puede estar incidiendo en la aparición de síntomas depresivos en estas mujeres.

Estos hallazgos se relacionan con los de Pernas y Pérez (2009) quien demostró en sus estudios que un 39% de la población con grado de instrucción primaria manifestaron síntomas climatéricos entre “moderados” y “severos”, lo que

permite observar que las mujeres con bajo nivel cultural o sin estudios tienen actitudes negativas con respecto a la menopausia ⁽¹³⁾ por lo que pudieran presentar síntomas depresivos más frecuentes que aquellas que presentan mayor nivel educacional.

También se caracterizó dentro de las condiciones Socio-económicas la variable ocupación, obteniéndose que la mayoría de las mujeres encuestadas, se dedica a Quehaceres domésticos (51%), seguido de Comerciantes (19%) y otros (19%), siendo los porcentajes más bajos los obtenidos por las ocupaciones Constructoras (2%), Agricultoras (3%), Trabajadoras de la Salud (3%) y Educadoras (4%). Estos resultados tienen cierta afinidad con los hallazgos de Illanes et al, (2002) encontrados en Chile, quien reportó en sus hallazgos que la falta de instrucción y de un trabajo remunerado constituían importantes factores de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en las mujeres climatéricas ⁽¹⁴⁾.

Por último se analizan los resultados obtenidos con respecto a la variable Riesgo de Depresión, la cual reportó que el 60% de la muestra de mujeres encuestadas, No presenta síntomas de Depresión en el periodo perimenopáusico, seguidas de un 23% que manifestó evidencias de síntomas de Depresión Menor, 8% con síntomas de Depresión Moderada, 5% con síntomas de Depresión Severa y 3% con síntomas de Depresión Leve. Los hallazgos del estudio, coinciden con lo reportado por Mortino y Bortoli (2015) quienes hallaron mayor sintomatología depresiva durante la perimenopausia ⁽³⁾. En el estudio realizado, se infiere que si existen niveles de Depresión que son consistentes con los resultados obtenidos en las variables medidas durante el estudio y que coinciden con los estudios realizados por otros autores.

Con respecto a este aspecto, es importante destacar que una de las etapas más complicadas en la vida de la mujer la constituye la menopausia, ya que en la misma se enlazan una serie de eventos y situaciones que repercuten notablemente en su bienestar, pues si bien es cierto que la misma es un proceso fisiológico de la mujer, no es menos cierto que los eventos que rodean al mismo condicionan la aparición de una serie de manifestaciones clínicas que impactan

de forma contundente la vida de la mujer, condicionando muchos aspectos de su vida tanto en lo biológico, como en lo psicológico y lo social, por lo que es imperante prestar atención a esta etapa de la vida y diagnosticar a la brevedad posible la presencia de estados depresivos que puedan desencadenar otras situaciones en la vida de la mujer alterando su entorno familiar, emocional y social, pudiendo en algunos casos llevar a la muerte, muchas veces por desconocer lo que a ciencia cierta les ocurre.

6.2 CONCLUSIONES

Con respecto a la frecuencia de depresión en el grupo en estudio, se concluye con base en los resultados, que existen aproximadamente 128 casos de depresión de diferentes niveles lo que representa un estimado del 40% de las mujeres encuestadas.

Con respecto a la caracterización de la población en este estudio, se determino un grupo con rango de edad entre 35-45 años, de raza mestiza, múltipara, que no consume alcohol, no toma licor por lo que se concluye que estos factores son significativos al momento de considerar la aparición de los síntomas de la depresión en mujeres premenopáusicas.

Con estos resultados, rechazamos la H0 porque la prevalencia fue mayor a 30% y no rechazamos la H0 en relación a los factores asociados.

6.3. RECOMENDACIONES

Es recomendable que en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, se preste mayor atención a las mujeres que asisten a la consulta externa y que puedan presentar síntomas de depresión perimenopáusica, ya que la atención y prosecución a los casos que se observen puede ayudar a llevar mejor algunos síntomas propios de esta etapa tan difícil para la mujer.

Se sugiere a los entes responsables que se organicen en la sala de espera de la consulta externa, charlas para las mujeres en edades perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas, donde se promuevan sesiones de aprendizaje e intercambios dialógicos sobre temas relacionados a los hábitos saludables que deben practicarse para disminuir las crisis depresivas y otras sintomatologías asociadas a esta etapa en la vida de la mujer.

Por último, sería conveniente constituir grupos de apoyo para las mujeres que comienzan a atravesar esta etapa, a fin de fomentar asistencia médica y psicológica, intercambio social como grupo, actividades solidarias donde las mujeres se sientan aceptadas y pueden sentir que realizan tareas que son útiles y provechosas, logrando de esta manera adaptarse a esta nueva etapa de su vida y de esta forma mejorar su autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Astudillo Vásquez, D. T. (2015). Concepciones y experiencias entorno a la menopausia en mujeres de 40 a 70 años; del Barrio San Francisco de la ciudad de Loja (Bachelor's thesis). Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11948/1/TESIS.pdf>
2. Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*, 55(1), 74-80. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011 los de la OMS 2020
3. Martino, P. L., & De Bortoli, M. A. (2015). Perimenopausia: revisión de sus implicancias anímicas y cognitivas. Una encrucijada psico-neuro-endocrina/Perimenopause: review of their implications in mood and cognition. *A psycho-neuro-endocrine crossroads. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(2). Disponible en: www.cnps.cl/index.php/cnps/article/download/194/192
4. M. de Kruif, M., Spijker, A. T., & Molendijk, M. L. (2016). Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 174-180. Disponible en: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(16\)30874-6/abstract?cc=y](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(16)30874-6/abstract?cc=y)
5. Borkoles, E., Reynolds, N., Thompson, D. R., Ski, C. F., Stojanovska, L., & Polman, R. C. (2015). The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause. *Maturitas*, 81(2), 306-310. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25857280>
6. Zang, H., He, L., Chen, Y., Ge, J., & Yao, Y. (2016). The association of depression status with menopause symptoms among rural midlife women in China. *African Health Sciences*, 16(1), 97-104. Disponible en: <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/135173/124666>
7. Terauchi, M., Hiramitsu, S., Akiyoshi, M., Owa, Y., Kato, K., Obayashi, S., ... & Kubota, T. (2012). Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and post-menopausal women. *Maturitas*, 72(1), 61-65. [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(12\)00040-0/abstract](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(12)00040-0/abstract)

8. Ziagham, S., Sayhi, M., Azimi, N., Akbari, M., Dehkordi, N. D., & Bastami, A. (2015). The Relationship Between Menopausal Symptoms, Menopausal Age and Body Mass Index With Depression in Menopausal Women of Ahvaz in 2012. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 4(4). Disponible en: http://jjchronic.com/?page=article&article_id=30573
9. L. Gordon, J. et al *Am J Psychiatry*. 2015 "Ovarian Hormone Fluctuation, Neurosteroids and HPA Axis Dysregulation in Perimenopausal Depression: A Novel Heuristic Model". Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2014.14070918>
10. Różycka, A., Słopień, R., Słopień, A., Dorszewska, J., Seremak-Mrozikiewicz, A., Lianeri, M., ... & Drews, K. (2016). The MAOA, COMT, MTHFR and ESR1 gene polymorphisms are associated with the risk of depression in menopausal women. *Maturitas*, 84, 42-54. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512215300700>
11. Schmidt, P. J., Dor, R. B., Martinez, P. E., Guerrieri, G. M., Harsh, V. L., Thompson, K., ... & Rubinow, D. R. (2015). Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(7), 714-726. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2298235>
12. Georgakis MK, Thomopoulos TP, Diamantaras A, Kalogirou EI, Skalkidou A, Daskalopoulou SS, Petridou ET. Association of Age at Menopause and Duration of Reproductive Period With Depression After MenopauseA Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2):139-149. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2653 Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2480951>
13. Pernas G. A, Pérez P. J. Síndrome climatérico. Caracterización y factores de riesgo. Villa Clara. 2004. *Rev. Temas Estadísticos de Salud*. [serie en Internet]. 2005 [Consultado: 11 de Agosto de 2017]; 1(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1_sindrome_climaterico.pdf
14. Illanes E, Bustos I, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. (2002) Factores asociados a la depresión síntomas y síntomas somáticos en mujeres climatéricas en la ciudad de Yemuco. *Rev Med Chil* 2002; 130 (8): 885 - 91.
15. Zavaleta, J. (2015) Factores asociados la intensidad del Síndrome Climatérico en mujeres que asisten al Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

- durante el Primer Trimestre del 2015. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4320/1/Espinoza_m_r.pdf
16. Deeks A, y McCabe, MP de. (2004) Bienestar y menopausia: una investigación de propósito en la vida, la auto aceptación y el papel social en pre menopáusicas, peri menopáusicas y mujeres postmenopáusicas. En: Qual Life Res 2004; 13 (2): 389 - 98
 17. Shteinlukht, T., Marsh, W., Nadolny, G., & Jain, V. (2015). Depression During the Menopausal Transition and Postmenopausal Years: Risk Factors and Treatment. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 23(3), S26-S27. Disponible en: [http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(14\)00414-X/abstract](http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(14)00414-X/abstract)
 18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/PRIORIDADES_S_INVESTIGACION_SALUD2013-2017.pdf
 19. World Psychiatry REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA) Volumen 11, Número 2. 2013. Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy. [http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World Psychiatry/Past Issues/Spanish/WPA%202013-2%20Espana.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/WPA%202013-2%20Espana.pdf)
 20. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Depression. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml#part_145401
 21. MIR II, Horaci Briansó Maure. "Trastornos afectivos en la menopausia." (2016).disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-1020DOCUMENT/Brianso4220Abr16.pdf>
 22. Hengartner, M. P. (2016). Estrogen-Based Therapies and Depression in Women Who Naturally Enter Menopause Before Population Average. JAMA psychiatry. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2526000>
 23. Endrighi, R., Hamer, M. & Steptoe, A. ann. behav. med. (2016) 50: 564. Disponible en: doi:10.1007/s12160-016-9783-y

24. American Psychiatric Association. (2015). Feeding and Eating Disorders: DSM-5® Selections. American Psychiatric Pub. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=gIYJDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=dsm+v+2015&ots=kzfZNKulZQ&sig=4TlhKTSg3xIIZjwFgYkXgsae2RY#v=onepage&q&f=false>
25. Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2013). Severity classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of affective disorders*, 150(2), 384-388. Disponible en: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(13\)00301-7/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(13)00301-7/abstract)
26. Allerup, P., Larsen, E. R., Csillag, C., & Licht, R. W. (2014). The Hamilton Depression Scale (HAM-D) and the Montgomery–Åsberg Depression Scale (MADRS). A psychometric re-analysis of the European Genome-Based Therapeutic Drugs for Depression Study using Rasch analysis. *Psychiatry research*, 217(3), 226-232. Disponible en: [http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781\(14\)00230-3/abstract](http://www.psy-journal.com/article/S0165-1781(14)00230-3/abstract)
27. Meader, N., Moe-Byrne, T., Llewellyn, A., & Mitchell, A. J. (2013). Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, jnnp-2012. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/content/early/2013/02/04/jnnp-2012-304194.short>
28. M.J. Purriños. *Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde*. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
29. Rosa María Castillo Manzano, Gloria Arankowsky Sandoval (2008) Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles Trabajo de Grado. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb081932.pdf>
30. Helen María Mercedes Pineda Corleto (Depresión en madres y/o esposas de emigrantes a los Estados Unidos originarios del municipio de San José Acatempa Jutiapa. Disponible en: <http://migracionguatemalteca.blogspot.com/2010/06/depresion-en-madres-yo-esposas-de.html>
31. Diana Gabriela Núñez Miranda, María Fernanda Zambrano Loo. (2016) Prevalencia de depresión en las mujeres que acuden por infertilidad al Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora período septiembre-diciembre del 2016. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12194/1/T-UCE-0006-011.pdf>



ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



DEPRESION EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017.

Objetivo General: Determinar depresión en pacientes perimenopáusicas de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, 2017.

NOTA: Sus respuestas son confidenciales y sólo serán empleadas con fines investigativos.

FORMULARIO Nº ____

Edad:

Marque con una "X" su respuesta. Una respuesta por cada ítem.

Como se considera:

☐ _mestiza

☐ _negra

☐ _blanca

☐ _otros

Instrucción:

☐ _analfabeta

☐ _primaria completa

☐ _primaria incompleta

☐ _secundaria completa

☐ _secundaria incompleta

☐ _superior completo

☐ _superior incompleto

☐ _otros

Ocupación:

☐ _trabajador/a de la construcción

☐ _educador/a

☐ _comerciante



<p><input type="checkbox"/>quehacer doméstico</p> <p><input type="checkbox"/>agricultor/a</p> <p><input type="checkbox"/>carpintero</p> <p><input type="checkbox"/>chofer</p> <p><input type="checkbox"/>trabajador de la salud</p> <p><input type="checkbox"/>otros</p>
<p>Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/>casada</p> <p><input type="checkbox"/>separada o divorciada</p> <p><input type="checkbox"/>soltera</p>
<p>¿Cuántos hijos tiene?</p> <p><input type="checkbox"/>ninguno</p> <p><input type="checkbox"/>uno/una</p> <p><input type="checkbox"/>dos</p> <p><input type="checkbox"/>tres o más</p>
<p>Fuma actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/>si</p> <p><input type="checkbox"/>no</p>
<p>Consume alcohol actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/>si</p> <p><input type="checkbox"/>no</p>
<p>He sido víctima de violencia por parte de algún miembro de mi familia (golpes, insultos, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/>si</p> <p><input type="checkbox"/>no</p>
<p>Algún miembro de mi familia ha migrado hacia otro país:</p> <p><input type="checkbox"/>si</p> <p><input type="checkbox"/>no</p>

ANEXO 2

Escala de Hamilton para la Depresión (validada por Ramos-Brieva y cols).

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 	0 1 2 3 4
Sentimientos de culpa <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	0 1 2 3 4
Suicidio <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	0 1 2 3 4
Insomnio precoz <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	0 1 2
Insomnio intermedio <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	0 1 2
Insomnio tardío <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	0 1 2

<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado por sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	<p>0 1 2 3</p>
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana - Pérdida de más de 500 gr en una semana - Pérdida de más de 1 Kg en una semana 	<p>0 1 2</p>
<p>Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	<p>0 1 2 3</p>

<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Signos somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. - Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares - Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar de una investigación que busca determinar la depresión en pacientes perimenopaúsicas de consulta externa del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, 2017, realizada por los estudiantes Cristhian Argote y Ruben Urbano, estudiantes de la Universidad de Cuenca en la carrera de Medicina.

La información que usted proporcione en la siguiente encuesta quedará registrada en los formularios y será sometida a análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera de los investigadores responsables y su profesor guía.

La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de las entrevistadas.

Solicitamos de la manera más cordial su participación en esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello afecte de ninguna forma.

Este documento es una garantía de que Usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta investigación no le significará ningún gasto de dinero. Por lo tanto, no se anticipan riesgos ni beneficios directamente relacionados con esta investigación.

Muchas gracias por su aporte.

CI



ANEXO 4



Ministerio
de Salud Pública

**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**



Oficio N° 109-UDI-2016-IM
Cuenca, 12 de julio de 2017

Doctora
Diana Larriva V.
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CUENCA**
Presente.-

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, informo que el protocolo de proyecto de investigación, titulado "DEPRESIÓN EN PACIENTES EN PERIMENOPAUSIA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HVCM, 2017" fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro médico, aprobando su factibilidad.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
COMISIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**Dra. Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

CC. Archivo

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec